



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha:

ID del cliente:

Idioma:

## Plan del caso de servicios de atención médica

### Medical Care Services Case Plan

Fecha de revisión de discapacidad: \_\_\_\_\_

Hemos determinado que usted no está en capacidad de trabajar en este momento basándonos en la evidencia que ha proporcionado. Según WAC 182-508-0220, usted debe cooperar con la evaluación de dependencia química y con el plan de tratamiento recomendado en caso de indicarse uno de ellos, lo que incluye concluir todas las citas y derivaciones, incluido el tratamiento ambulatorio o de internación, según corresponda.

Es posible que solicitemos pruebas de que usted está siguiendo la evaluación y el plan de tratamiento de dependencia química. Por ejemplo, es posible que deba mostrar que está cumpliendo con las citas o con el curso del tratamiento.

- **Hágame saber de inmediato** si tiene un buen motivo para no concluir ninguna de las citas o el tratamiento requerido. Si aceptamos el motivo, cambiaremos o retiraremos el requisito.

Si usted no concluye la evaluación o el plan de tratamiento de dependencia química, o si no proporciona pruebas cuando las solicitamos, es posible que su cobertura de Servicios de Cuidado Médico finalice.

Si no está de acuerdo con alguna de nuestras determinaciones, usted puede solicitar que su caso sea revisado.

**Llámeme si necesita ayuda para comprender esta carta o para cumplir con estos requerimientos.**

\_\_\_\_\_  
TRABAJADOR DEL CASO

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
Oficina de Servicios Comunitarios